

# Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España: revisión y estado de la cuestión

M.A. Peláez Fernández\*, F.J. Labrador Encinas\*\*, R.M. Raich Escursell\*\*\*

## Resumen

*En este artículo se han recopilado y revisado los estudios epidemiológicos de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) realizados en España hasta la fecha.*

*Un análisis crítico de estos trabajos revela una serie de limitaciones metodológicas: Muchos de ellos adolecen de un instrumento de identificación de casos.*

*En ninguno de los estudios con metodología de doble fase se ha evaluado la potencia de los instrumentos de barrido o preselección de casos.*

*Se plantea, por tanto, la necesidad de realizar estudios fiables y precisos de prevalencia de TCA en nuestro país sobre población general.*

**Palabras clave:** Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia. Bulimia. Epidemiología. Prevalencia.

## Summary

*This article reviews the epidemiological studies of eating disorders among Spanish population. They have found several methodological biases: Most studies have not used any diagnostic method. None of the two-stage epidemiological studies have estimated the sensibility of the screening questionnaire. Because of that, it is important to study the prevalence of eating disorders among Spanish general population with accurate methods.*

**Key words:** Eating disorders. Anorexia. Bulimia. Epidemiology. Prevalence.

---

\*Department of Psychology. University of Toronto at Mississauga.

\*\*Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.

Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.

\*\*\*Departamento de Psicología de la Salud y Psicología Social.

Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona.

**Correspondencia:** Dr. D. Francisco Javier Labrador Encinas  
Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.  
Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.  
Campus de Somosaguas  
28223 MADRID  
E-mail: flabrado@psi.ucm.es

## INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) –anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN), y cuadros afines o no especificados (TCANE)– han alcanzado una especial relevancia en las tres últimas décadas, tanto por su creciente incidencia (i.e., número de nuevos casos aparecidos) como por la gravedad de la sintomatología asociada y resistencia al tratamiento; constituyendo hoy la tercera enfermedad crónica entre la población femenina adolescente y juvenil en las sociedades desarrolladas y occidentalizadas.

Estos trastornos se presentan en edades cada vez más tempranas, descendiendo en 12 meses la edad de aparición en la última década; y, a la vez, se mantienen hasta edades más avanzadas. No en vano la progresión de los TCA ha llegado a ser etiquetada de “epidémica” en las sociedades avanzadas, frente a su práctica inexistencia en los países del Tercer Mundo y en las áreas no occidentalizadas de los países en vías de desarrollo.

Este interés creciente por los TCA ha dado lugar a más de 50 estudios de prevalencia en las últimas dos décadas en el centro y norte de Europa, E.E.U.U. y Canadá; mientras que en España no se han realizado estudios epidemiológicos en TCA hasta mediados de los 90. A partir de esta fecha el número de estudios de prevalencia de TCA en España se ha equiparado con el resto de Europa.

A continuación se presenta una recopilación de estudios epidemiológicos de TCA que se han realizado en España.

### ESTUDIOS DE PREVALENCIA DE TCA REALIZADOS EN ESPAÑA

Los trabajos existentes sobre epidemiología TCA en España sólo aluden a datos relativos a Comunidades Autónomas determinadas, no a población española general. En la bibliografía revisada se han recogido 21 trabajos (Ver Tabla 1) que se describen a continuación, por Comunidades Autónomas:

#### 1. Comunidad Autónoma de Madrid

Respecto a la Comunidad Autónoma de Madrid, Morandé (1990) llevó a cabo un estudio de

doble fase en el municipio de Móstoles con 636 mujeres y 82 varones de 15 años, durante los años 1985-86, utilizó el *Eating Disorders Inventory* (EDI) de Garner, Olmsted y Polivy (1983), como cuestionario de barrido en la primera fase y en la segunda fase una entrevista diagnóstica de TCA, cuyo nombre no se especifica. Las tasas de prevalencia de TCA encontradas fueron 0% en varones y 1,55% en mujeres.

Ocho años más tarde, Morandé y Casas (1997) replicaron su estudio con la misma población (varones y mujeres de 15 años matriculados en colegios de Móstoles en el curso 1993-1994). Los resultados obtenidos informan de las siguientes tasas de prevalencia: 0,69% AN, 1,24% BN y 2,76% TCANE en mujeres, y 0,36% de BN y 0,90% de TCANE en hombres. Estos datos indican la presencia de un aumento en la prevalencia de estos trastornos, así como de la población de riesgo (sujetos que puntuaron por encima del punto de corte establecido en el instrumento de barrido), que se incrementa de un 11,6% al 17,3%. Los resultados comparativos de estos dos trabajos aparecen publicados en el estudio de Morandé, Celada y Casas (1999). (Ver Tabla 2).

Los estudios de Morandé, (1990) y Morandé y Casas (1997) se realizaron con adolescentes de 15 años matriculados en 4 de los 17 centros escolares del municipio de Móstoles, lo que limita la generalización a la población adolescente de la Comunidad de Madrid.

Recientemente, Gandarillas-Grande y Febrel (2000) llevaron a cabo un estudio de una fase, cuyo objetivo era identificar la población de riesgo de padecer un TCA, con una muestra amplia y representativa (n = 4.500) de adolescentes escolarizados en la Comunidad de Madrid. Para ello, realizaron un muestreo por conglomerados bietápico con estratificación de las unidades de la primera etapa (centros) en función de 2 criterios: a) Madrid capital vs. municipios del resto de la Comunidad, y b) centro privado vs. público. Fueron seleccionadas 3 aulas (unidades de segunda etapa) al azar de cada uno de los 60 centros seleccionados. A los sujetos les fueron aplicados: a) el General Health Questionnaire (GHQ-28) de Goldberg (1972), el EDI (Garner, Olmsted y Polivy, 1983), b) un cuestionario de datos sociodemográficos y c) unas preguntas

**Tabla 1**  
**Estudios epidemiológicos de trastornos de la conducta alimentaria en España**

Estudio	Lugar	Fecha	Curso	Sexo	Edad	Muestra	Instrumento	1ª fase	2ª fase	Dg.
Morandé, (1990)	Madrid	1985-1987	Escolares	V y M	X = 15	636 M 86 V	EDI GHQ	sí	sí	sí
Toro et al., (1989)	Barcelona	1989	7º y 8º EGB BUP y COU	V y M	12-19	706 M 848 V	EAT-40	sí	no	no
Canals et al., (1990)	Reus	1990	Escolares	V y M	13-14	520	EAT-40	sí	no	no
Carbajo et al., (1995)	Reus	1990-1991 290 V	Escolares	V y M	13-15	225 M	EAT-40	sí	no	no
Raich et al., (1991)	8 ciudades catalanas	1990	BUP, FP	V y M	14-17	1.263 M 1.155 V	EAT-40	sí	no	no
Raich et al., (1992)	5 ciudades catalanas, EEUU	1991	EGB y BUP	V y M		1.373 EEUU 3.544 España	EAT-40	sí	no	no
Morandé & Casas, (1997)	Móstoles	1993, 1994	1º y 2º BUP, FP	V y M	X = 15	725 M 520 V	EDI GHQ	sí	sí	sí
Loureiro et al., (1996)	La Coruña	1996	3º BUP	M	X = 16.7	607 M	EAT-40	sí	no	no
Ruiz et al., (1998)	Zaragoza	1997	7º y 8º EGB, ESO FP, BUP, COU	V y M	12-18	2.194 M 1.854 V	EAT-40, EDI, CIMEC	sí	sí	sí
Sáiz et al., (1999)	Asturias	1997-98	ESO	V y M	13-21	415 V 401 M	EDI	sí	no	no
Pérez-Gaspar et al., (2000)	Navarra	1997	Escolares	M	12-21	2.862	EAT-40	sí	sí	sí
Martínez et al., (2000)	Gijón (Asturias)	2000	ESO	V y M 430 V	14-22 CIMEC-26	430 M	EAT-26	sí	no	no
Moraleda et al., (2001)	Toledo	2001 ESO	2º, 3º y 4º	V y M	13-16	503	EAT-40	sí	no	no
Rodríguez et al., (2001)	Cádiz	2001	ESO	V y M	14-18	491	Cuestionario Granada	sí	no	no
Rivas et al., (2001)	Málaga	2001	Escolares	V y M	12-21	1.757	EDD-Q	sí	no	sí
Beato, (2001)	Castilla-La Mancha	2001	4º ESO	V y M	16	1.076	GHQ-28, EAT-40 BITE, BSQ, SCAN	sí	sí	sí
del Río et al., (2001)	Sevilla	2001	ESO	V y M X = 16,12 V	X = 16,16 M 477 V	374 M	EAT-40, BSQ	sí	no	no
Vega et al., (2001)	Castilla-León	2001	ESO	V y M	12-18 1.220 V	1.260 M	EAT-40	sí	no	no
de Gracia et al., (2001)	Gerona	2001	ESO	V y M	14-19	479 M 476 V	EAT-40, BSQ	sí	no	no
Boletín CAM, (2002)	CAM	2001	3º y 4º ESO 1º y 2º Bach. FP	M	15-18	1.534	EAT-26 EDI-I, EDE (12 ed.)	sí	no	sí
Rojo et al., (2003)	Valencia	1999	Escolares	V y M	12-18	544	EAT-40, SCAN	sí	sí	sí

V: Varones; M: mujeres; X: media; EGB: Educación General Básica; BUP: Bachillerato; FP: Formación Profesional; Bach.: Bachillerato; COU: Curso de Orientación Universitaria; CAM: Comunidad Autónoma de Madrid; EAT: *Eating Attitudes Test* (Garner y Garfinkel, 1979); EDI: *Eating Disorders Inventory* (Garner, Olmsted y Polivy, 1983); BSQ: *Body Shape Questionnaire* (Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987); GHQ: *General Health Questionnaire* (Goldberg, 1972); CIMEC: *Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal* (Toro, Salamero y Martínez, 1999); EDDQ: *Eating Disorders Diagnostic Questionnaire* (Mintz, O'Halloran, Mulholland, y Schneider, 1997); EDE (12 ed.): *Eating Disorder Examination (12ª edición)* (Fairburn y Cooper, 1993).

**Nota:** Parte de los trabajos que aparecen en esta Tabla aparecen asimismo recogidos en el estudio de Ruiz-Lázaro (2003).

**Tabla 2**  
**Prevalencia de TCA en adolescentes de Móstoles (Madrid). De 1985-1986 a 1993-1994 (Morand Celada y Casas, 1999)**

	1985-1986		1993-1994	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
1) Anorexia nerviosa	0%	0,31%	0%	0,69%
2) Bulimia nerviosa	0%	0,9%	0,36	1,24%
3) Cuadros incompletos	—	—	0,54%	2,76%
3.1) Anorexia incompleta	—	—	0,36%	1,10%
3.2) Bulimia incompleta	—	—	0,18%	1,66%
4) Suma trastornos	0%	1,55%	0,90%	4,69%
5) Población de riesgo	1,20%	11,6%	1,96%	17,36%

exploratorias acerca del consumo de diferentes sustancias (tabaco, alcohol y otras drogas), realización de ejercicio físico excesivo, nivel de estudios y situación laboral de los padres, edad de la menarquia y amenorrea, etc.

Los resultados obtenidos indicaron que un 15,3% de las mujeres y un 2,2% de los hombres constituyen población de riesgo de padecer un TCA.

En este trabajo cabe destacar la amplia muestra utilizada, así como el riguroso método de muestreo empleado. Sin embargo, no hay que olvidar que al no utilizar ningún instrumento diagnóstico no proporciona datos sobre prevalencia de TCA sino sólo sobre población de riesgo. Además, dado el bajo valor predictivo positivo (i.e., número de casos reales entre el total de los detectados) de los cuestionarios utilizados, como los propios autores reconocen, los porcentajes que se obtuvieron deberían minimizarse para reflejar con mayor exactitud la realidad epidemiológica.

Dos años más tarde, estos mismos autores realizaron un estudio de prevalencia de TCA en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid. En dicha investigación, publicada con fecha reciente en el Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid (2002) y, tomando como base el mismo tipo de muestreo realizado en el estudio anterior (i.e., muestreo aleatorio por conglomerados con estratificación de las unidades de primera etapa –centros– en función de las variables Madrid-capital vs. resto de la Comunidad y centro privado vs. público), fue seleccionada una

muestra amplia y representativa (n = 1.534) de mujeres adolescentes (de 15 a 18 años en su mayoría) matriculadas durante el curso académico 2000-2001, en 3º y 4º curso de la E.S.O., 1º y 2º de Bachillerato-LOGSE y 1º y 2º de Formación Profesional, en 17 Centros de Enseñanza de la CAM. Los autores administraron el EAT-26 (Eating Attitudes Test-26, de Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel, 1982) y el EDI-I (Eating Disorder Inventory de Garner, Olmsted y Polivy, 1983) a todas las alumnas de la muestra. Posteriormente, tomaron datos de peso y altura y entrevistaron mediante el Eating Disorder Examination (Fairburn y Cooper, 1993) a aquellas alumnas voluntarias cuyos padres consintieron previamente con su participación en el estudio. Los datos, tomados sobre el 81,4% de las participantes voluntarias, informan de una tasa de prevalencia de 3,4% de TCA (0,6% AN; 0,6% BN y 2,1% TCANE o cuadros incompletos).

En esta investigación se analiza, asimismo, la contribución o riesgo relativo de factores socio-demográficos como edad de la menarquia, nivel de estudios y ocupación de los padres, ámbito de residencia, titularidad del centro de enseñanza, con la presencia de TCA. Los resultados señalan una Odds Ratio (OR) de 2,18 en el caso de que la madre trabaje fuera del hogar que si no lo hace. Los autores no encontraron asociación estadísticamente significativa con otros factores.

Este trabajo constituye hasta la fecha el primer y único estudio de prevalencia de TCA realizado en la Comunidad Autónoma de Madrid como región. Es preciso destacar la amplia mues-

---

tra utilizada, el riguroso método de muestreo empleado y el diagnóstico mediante entrevista clínica diagnóstico a 1.248 alumnas de la muestra. Como limitaciones metodológicas cabe señalar el reducido intervalo de edades elegido (15-18 años), que sólo permite generalizar el estudio a mujeres adolescentes; y especialmente, el sesgo asociado al sondeo de caso únicamente entre población voluntaria. Se recuerda que, debido a la ocultación y encubrimiento que caracteriza a estos cuadros, es muy probable que se dieran casos entre la población que rehusó participar en la segunda parte del estudio (pesarse, medirse y someterse a media hora de entrevista clínica focalizada en sintomatología TCA, tras responder a las preguntas de los cuestionarios EAT-26 y EDI-I). Por esta razón, y por la elección de un rango de edades con límite superior en 18 años, es esperable que en este estudio se haya subestimado la tasa de prevalencia de TCA entre mujeres adolescentes y jóvenes de la CAM, especialmente los casos de BN y cuadros incompletos, cuya edad media de aparición se sitúa entre los 18 y 20 años.

## 2. Comunidad de Cataluña

En Cataluña, cinco estudios (Toro, Castro, García, Pérez y Cuesta, 1989; Canals, Barceló y Doménech, 1990; Raich, Deus, Muñoz, Pérez y Requena, 1991; Carbajo, Canals, Fernández-Ballart y Doménech, 1995; de Gracia et al., -Comunicación. II Congreso Virtual de Psiquiatría, 2001-) estimaron la población en riesgo de padecer TCA entre adolescentes escolarizados con edades comprendidas entre los 12 y 19 años, utilizando para ello el Eating Attitudes Test-40 (EAT-40) (Garner y Garfinkel, 1979). (Ver Tabla I).

Raich, Rosen, Deus, Pérez y Requena, (1992) compararon la prevalencia de sintomatología de TCA en 3.544 adolescentes de ambos sexos matriculados en Educación General Básica (EGB) y Bachillerato en España con una muestra similar de 1.373 estudiantes de EEUU. Para ello utilizaron el EAT-40 y unas preguntas sobre si deseaban pesar más, menos o lo mismo. La sintomatología de TCA fue significativamente superior entre las estudiantes americanas que entre las españolas. También fue superior en las primeras el grado en que manifestaron interés en perder peso.

## 3. Comunidad Autónoma de Navarra

Pérez-Gaspar et al. (2000) realizaron una investigación epidemiológica en la Comunidad de Navarra sobre una muestra de 2.862 mujeres con edades comprendidas entre 12 y 21 años. La selección de los participantes se realizó mediante un procedimiento aleatorio trietápico, seleccionando al azar en primer lugar los municipios, en segundo lugar los centros de enseñanza y en tercer lugar las aulas. Se utilizó un procedimiento de dos fases, en la primera fase fue administrado el EAT-40 a todos los sujetos, y aquellos que puntuaron igual o por encima de 30 fueron entrevistados en una segunda fase mediante una entrevista semiestructurada, siguiendo criterios DSM-IV de TCA (los autores no especifican la entrevista utilizada). Se consideró "caso" a toda adolescente que cumpliera criterios DSM-IV de AN, BN o TCANE tras la entrevista. La prevalencia global encontrada fue del 4,1%, siendo del 3,1% para TCANE, del 0,8% para BN y del 0,3% para AN. El cuadro de TCA más frecuente fue el TCANE Tipo 3 (i.e., bulimia con una frecuencia de atracones y/o de conductas compensatorias inadecuadas con una frecuencia inferior a 2 veces por semana durante los últimos 3 meses) con una prevalencia del 1,35%. Estos autores, no realizaron entrevista a ninguna adolescente que puntuara por debajo del punto de corte establecido; de esta manera no ha podido estudiarse la existencia de falsos negativos en el instrumento de barrido. Cabe esperar, por tanto, que se haya subestimado la prevalencia real de estos cuadros.

## 4. Comunidad de Aragón

Ruiz et al., (1998) siguiendo una metodología similar a la que utilizaron Pérez-Gaspar et al. (2000), estudiaron la prevalencia de los TCA en una muestra amplia (4.048 sujetos) y representativa de la población adolescente y juvenil de 12 a 18 años de Zaragoza. Utilizó el EAT-40 como instrumento de cribado con un punto de corte de 30; entrevistando en una segunda fase a los sujetos que puntuaron igual o por encima de esta puntuación. Los datos de prevalencia aportados fueron los siguientes: 4,52% de TCA; 0,14% de AN, 0,55% de BN y 3,83% de TCANE.

## 5. Comunidad Autónoma de Andalucía

En un estudio reciente, Rivas, Bersabé y Castro (2001) estudiaron la prevalencia de sintomatología específica de TCA en una muestra de 1.757 escolares en Málaga (varones y mujeres) de 12 a 21 años. Para ello utilizaron el Cuestionario para Diagnóstico de los Trastornos de alimentación de Mintz et al. (1997) en la versión de autoinforme y la versión de padres. Los resultados indican que un 27,5% presentan síntomas de TCA y el 3,4% presentan criterios DSM-IV de TCA. Las mujeres presentaron: 0,4% AN; 0,6% BN y 3,9% TCANE; y los hombres: 0,5% AN; 0,2% BN y 0,5% TCANE. Los informes de los padres indicaron una prevalencia de sintomatología TCA más baja que los cuestionarios de autoinforme. Estos autores utilizaron un cuestionario como método diagnóstico, por lo que no puede asegurarse la correcta interpretación de los ítems por parte de los escolares, ni, por tanto, la prevalencia real del trastorno.

Del Río et al. (Poster. III Congreso de AETCA, Sevilla, 2001) y Rodríguez et al., (2001) estudiaron en Sevilla y Cádiz respectivamente la población en riesgo de padecer TCA en una muestra de varones y mujeres matriculados en Educación secundaria Obligatoria (E.S.O.). Para ello del Río et al. (2001) utilizaron el EAT-40 y el *Body Shape Questionnaire* -BSQ- (Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987) y Rodríguez et al. (2001), un cuestionario auto cumplimentado de la Escuela de Nutrición de Granada.

## 6. Comunidad Autónoma de Castilla y León

En la Comunidad de Castilla y León, Vega, Rasillo y Lozano (2001) estimaron asimismo la población en riesgo de padecer TCA en una amplia muestra (n = 2.482) de escolares (varones y mujeres) de 12 a 18 años matriculados en la E.S.O., mediante el cuestionario de autoinforme EAT-40.

## 7. Comunidad Autónoma de Castilla - La Mancha

En Castilla - La Mancha, Beato, en un estudio aún no publicado (Ponencia. III Jornadas ADANER. Cantabria, 2001) estimó la prevalencia de los TCA en una muestra de 1.076 estudiantes de

la ESO. El estudio fue realizado con metodología de doble fase, utilizando el EAT-40 como cuestionario de barrido en la primera oleada, y entrevista con SCAN en la segunda. Fueron diagnosticados de TCA el 4,05% de las mujeres y el 0,45% de los varones.

Moraleda et al., (2001) estudiaron la población en riesgo de padecer TCA con 503 estudiantes de la ESO en Toledo, empleando el EAT-40.

## 8. Comunidad Autónoma de Galicia

Loureiro, Domínguez y Gestal (1996) estimaron en La Coruña la proporción de alumnas de 3º de BUP que presentaban actitudes inadecuadas en la ingesta y, que por tanto, constituirían población en riesgo de padecer TCA. El análisis fue realizado con el cuestionario EAT-40.

## 9. Comunidad Autónoma de Valencia

Rojo et al., (2003) estimaron la prevalencia de TCA en una muestra de 544 jóvenes de 12 a 18 años, siguiendo una metodología de identificación de caso en dos etapas. El cuestionario de barrido fue el EAT-40. Los autores entrevistaron a 58 estudiantes que superaron el punto de corte del instrumento (30), así como a otros 58 que puntuaron por debajo. Cumplieron criterios DSM-IV de TCA el 5,17% de las mujeres (0,45% AN; 0,41% BN; 4,31% TCANE) y el 0,77% de los varones.

## 10. Comunidad Autónoma de Asturias

Sáiz et al., (1999) y Martínez, Menéndez, Sánchez, Seoane y Suárez (2000) estudiaron la proporción de conductas de riesgo en escolares de Educación Secundaria en Asturias, utilizando el EDI y el EAT-26 respectivamente.

## CONSIDERACIONES SOBRE LOS ESTUDIOS DE PREVALENCIA EN ESPAÑA

Un análisis crítico de los estudios anteriormente citados pone de manifiesto algunas limitaciones subyacentes a los mismos:

### 1.- La mayoría de ellos no son propiamente estudios de prevalencia de TCA

Doce de los catorce estudios de una fase de-

terminaron población en riesgo, ya que al no utilizar un instrumento diagnóstico, no es posible establecer el número real de casos con TCA (Toro et al, 1989; Canals et al, 1990; Raich et al, 1992; Carbajo et al, 1995; Sáiz et al., 1999; Gandarillas-Grande & Febrel, 2000; Martínez, Menéndez, Sánchez, Seoane y Suárez, 2000; Moraleda et al, 2001; del Río et al., 2001; de Gracia et al., 2001; Vega et al., 2001; Rodríguez et al., 2001). Rivas, Bersabé y Castro (2001) utilizaron un cuestionario en el que se recogieron los criterios DSM-IV de TCA, pero no pueden considerarse los resultados como datos de prevalencia, dadas las limitaciones del formato de autoinforme.

## **2.- Posible subestimación de la prevalencia**

La mayoría de los estudios de prevalencia de doble fase (Morandé, 1990; Morandé y Casas, 1997; Ruiz et al., 1998; Pérez-Gaspar et al., 2000; Beato et al., 2001) realizaron entrevista diagnóstica únicamente a aquellos sujetos preseleccionados como posibles casos en el cuestionario de barrido administrado en la primera fase. Únicamente, Rojo et al., (2003) entrevistaron a una muestra aleatoria de controles, equivalente a la de probables-casos.

La falta de entrevista diagnóstica a una muestra de probables controles constituye una limitación a nivel metodológico, ya que de esta manera no es posible estimar el porcentaje de falsos negativos. Este dato resulta de suma importancia en los estudios epidemiológicos de los TCA, dada la tendencia de los sujetos afectados a falsear y ocultar su sintomatología. Es decir, es preciso ser cautos a la hora de confiar en la veracidad de las respuestas aportadas en un cuestionario como el EAT-40; y, muy probablemente, las cifras obtenidas en estos cuatro estudios, deban incrementarse algo para describir con más exactitud la prevalencia real del trastorno.

## **3.- Utilización del EAT-40 con un punto de corte de 30**

En total, catorce estudios utilizaron el EAT-40 de Garner y Garfinkel (1979) como instrumento de barrido y determinación de población en riesgo. En todos ellos se estableció el valor 30

como punto de corte, siguiendo la recomendación del estudio original de Garner y Garfinkel (1979) que estimaron un 100% de sensibilidad y 93% de especificidad con este punto de corte. Sin embargo, Castro, Toro, Salamero y Guimerá (1991) validaron la versión española del EAT-40 con 78 mujeres con AN y 78 controles, encontrando una sensibilidad de tan sólo 67,9% y una especificidad de 85,9% tomando 30 como punto de corte. Utilizando la puntuación de 20 como punto de corte, la sensibilidad fue de 91% y la especificidad de 69,2%.

Castro et al. (1991) explican estas diferencias con el estudio original, por la confluencia de 3 factores:

a) Una tasa media de puntuación en el grupo de AN del estudio original de 13,7 puntos por encima de su grupo de pacientes con AN.

b) Una media de edad 5,7 años superior en el estudio original (22,5 frente a 16,8 en su grupo), que engloba casos de mayor duración y una mayor extensión e intensidad de los síntomas.

c) Mientras que Garner y Garfinkel (1979) administraron el instrumento a pacientes “en tratamiento y conformes con el mismo”, Castro y colaboradores aplicaron el EAT-40 a pacientes con AN “durante o inmediatamente después de la primera entrevista”, cuando todavía no podía asegurarse una cooperación suficiente por parte de las pacientes.

Teniendo en cuenta que los estudios de prevalencia de TCA en dos fases realizados en España han utilizado muestras con un perfil similar al descrito por Castro et al (1991): edad media inferior a 20 años y aplicación del instrumento a personas cuya colaboración no puede ser asegurada (e.g., población escolar); cabe esperar que un porcentaje importante de los casos de TCA hayan puntuado por debajo de 30.

## **4.- Falta de datos acerca de la asociación de TCA con factores sociodemográficos**

Una característica común de estos estudios, a excepción del publicado por el Boletín Epidemiológico de la CAM (2002), es la ausencia de datos acerca de la vinculación: caso TCA y características sociodemográficas (e.g., sexo, edad,

familias biparentales vs. monoparentales, hijo único vs. convivencia con hermanos, ocupación de los padres, ámbito de residencia, ubicación dentro de la comunidad, titularidad del centro de estudios), o dicho de otro modo, de la contribución de estas variables demográficas en el desarrollo de TCA.

Las investigaciones realizadas con muestras de varones y mujeres (e.g., Morandé, Celada y Casas, 1999) aportan datos de la ratio de prevalencia de TCA en ambos sexos. No obstante, no se presentan resultados de la relación de otras variables demográficas con estos trastornos.

## CONCLUSIONES

La revisión de los trabajos epidemiológicos de TCA realizados en España hasta la fecha, ha puesto de manifiesto una serie de limitaciones metodológicas:

Sólo una minoría de estos trabajos utilizan un método fiable de detección de casos (i.e., entrevista diagnóstica según criterios DSM-IV-TR, APA, 2000). La mayoría de ellos han empleado cuestionarios de autoinforme para evaluar actitudes ante la alimentación, peso y figura corporal; por lo que no puede establecerse a partir de ellos una cifra de prevalencia de TCA, sino de población en riesgo de desarrollar el trastorno.

Los trabajos que han utilizado entrevista diagnóstica, con excepción del realizado por Rojo y colaboradores (2003), sólo han entrevistado a aquellos sujetos que han superado el punto de corte establecido en el instrumento de barrido, sin calcular valores de sensibilidad (i.e., falsos negativos) por lo que es posible que las cifras que presenten no reflejen de forma adecuada la realidad epidemiológica de estos trastornos.

Se plantea, por tanto, la necesidad de evaluar de forma fiable la tasa de prevalencia de los TCA en población general de nuestro país, especialmente en la población de más alto riesgo (i.e., adolescentes y jóvenes); para conocer cuáles son las necesidades terapéuticas, sociales y asistenciales que deben cubrirse para afrontar este tipo de patología.

## BIBLIOGRAFÍA

1. **American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR.** Washington, APA, 2000.
2. **Beato.:** Ponencia. III Jornadas ADANER. Cantabria, 2001.
3. **Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid.:** Trastornos del Comportamiento Alimentario: Prevalencia de casos en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid. 2000; Vol 8(10): 12-32.
4. **Canals J, Barceló R & Doménech E.:** Cuestionario de actitudes alimentarias EAT en una población de edad puberal. Resultados. Revista de Psiquiatría Infantil, 1990; 4, 265-268.
5. **Carbajo G, Canals J, Fernández-Ballart J & Doménech E.:** Cuestionario de actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes: dos años de seguimiento. Psiquis, 1995; 16: 21-26.
6. **Castro J, Toro J, Salameo M & Guimerá E.:** The Eating Attitudes Test: Validation of the Spanish version. Evaluación Psicológica, 1991; 7: 175-189.
7. **Cooper PJ, Taylor MJ, Cooper Z & Fairburn CG.:** The development and validation of the Body Shape Questionnaire. International Journal of Eating disorders, 1987; 6: 485-494.
8. **Fairburn CG & Cooper Z.:** The Eating Disorder Examination (twelfth edition). En C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.). Binge Eating: Nature, Assessment and Treatment (pp. 317-360). New York: Guilford Press, 1993.
9. **Gandarillas-Grande A & Febrel C.:** Encuesta de prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizados de la Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública, 2002.
10. **Garner DM & Garfinkel PE.:** The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. Psychological Medicine, 1979; 9: 273-279.
11. **Garner DM, Olmsted MP, Borh Y & Garfinkel PE.:** The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. Psychological Medicine, 1982; 12: 871-878.
12. **Garner DM, Olmsted MA & Polivy J.:** Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. International Journal of Eating Disorders, 1983; 2: 15-34.
13. **Goldberg D.:** The detection of psychiatric illness by questionnaire (GHQ-28; Maudsley Monograph No. 21). Oxford, U. K.: Oxford University Press, 1972.
14. **Loureiro VE, Domínguez M & Gestal JJ.:** Actitudes hacia la dieta y el peso en una población adolescente. Anales de Psiquiatría, 1996; 12: 242-247.
15. **Martínez A, Menéndez D, Sánchez-Trapiello MJ, Seoane M & Suárez P.:** Conductas anoréxicas en la

- 
- población de estudiantes de secundaria de un área sanitaria. *Atención Primaria*, 2000; 25(5): 313-319.
16. **Mintz LB, O'Halloran MS, Mulholland AM & Schneider PA.:** Questionnaire for Eating Disorders Diagnoses: Reliability and validity of operationalizing DSM-IV criteria into a self-report format. *Journal of Consulting Psychology*, 1997; 44(2): 132.
  17. **Moraleda S, González N, Casado JM, Carmona de la Morena J, Gómez-Calcerrada R, Aguilera M & Orueta R.:** Trastornos del comportamiento alimentario en una población de estudiantes de enseñanza media. *Atención Primaria*, 2001; 28(7): 463-467.
  18. **Morandé G.:** Trastornos de la alimentación en niños y adolescentes. En Romero A. I & Fernández, A. *Salud mental. Formación continuada en Atención Primaria*. Madrid: IDEPSA, 1990.
  19. **Morandé G & Casas J.:** Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Anorexia nerviosa, bulimia y cuadros afines. *Pediatría Integral*, 2: 243-260.
  20. **Morandé G, Celada J, Casas JJ.:** Prevalence of eating disorders in a Spanish school-age population. *Journal of Adolescent Health*, 1999; 24: 215-219.
  21. **Pérez-Gaspar M, Gual P, De Irala-Estévez J, Martínez González MA, Lahortiga F & Cervera S.:** Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en adolescentes navarras. *Medicina Clínica*, 2000; 114: 481-486.
  22. **Raich RM, Deus J, Muñoz MJ, Pérez O, Requena A.:** Estudio de las actitudes alimentarias en una muestra de adolescentes. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 1991; 18: 305-315.
  23. **Raich RM, Rosen JC, Deus J, Pérez O & Requena A.:** Eating disorder symptoms among adolescents in the United States and Spain: a comparative study. *International Journal of Eating Disorders*, 1992; 11: 63-72.
  24. **Rivas T, Bersabe R & Castro Serafina.:** Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Málaga (España). *Salud Mental*, 2001; 24(2): 25-31.
  25. **Rodríguez A, Novalbos JP, Martínez JM, Ruiz MA, Fernández JR & Jiménez D.:** Eating disorders and altered eating behaviors in adolescents of normal weight in a Spanish city. *Journal of Adolescent Health*, 2001; 28(4): 338-45.
  26. **Rojo L, Livianos L, Conesa LI, García A, Domínguez A, Rodrigo G, Sanjuán LI, Vila M.:** Epidemiology and Risk Factors of Eating Disorders: A Two-Stage Epidemiologic Study in a Spanish Population Aged 12-18 Years. *International Journal of Eating Disorders*, 2003; 34(3): 281-291.
  27. **Ruiz-Lázaro PM, Alonso JP, Velilla JM, Lobo A, Martín A, Paumard C & Calvo AI.:** Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Zaragoza. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 1998; 3: 148-162.
  28. **Sáiz PA, González MP, Bascarán MT, Fernández JM, Bousoño M, & Pobes J.:** Prevalencia de trastornos de conducta alimentaria en jóvenes de enseñanza secundaria: un estudio preliminar. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 1999; 27(6): 367-74.
  29. **Toro J, Castro J, García M, Pérez P & Cuesta L.:** Eating attitudes, sociodemographic factors and body shape evaluation in adolescence. *British Journal of Medical Psychology*, 1989; 62: 61-70.
  30. **Vega T, Rasillo MA & Lozano JE.:** Estudio del riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de enseñanza secundaria de Castilla y León. En: Junta de Castilla y León. *Trastornos de la conducta alimentaria en Castilla y León*. España: Lovader, 2001; p. 27-62.